Retatrutide („Reta“): Risiken, Vorteile und die Wahrheit für Kraftsportler

100 kg · 1,85 m · BMI 29,2 · Kraftsport · ständiger Hunger · Phase-3-Daten 2026 · nicht zugelassen · keine medizinische Beratung

BMI 29,2 | Ziel 85–90 kg | Phase 3 · nicht zugelassen | WADA S0 | 3 Graphen · 9 Tabellen

Inhalt

1. Ergebnis
2. Kurzfassung
3. Was ist Retatrutide?
4. Hunger als Warnsignal
5. Deine Ausgangslage
6. Evidenz
7. Vorteile
8. Risiken
9. Kraftsport
10. Sorgen der Freundin
11. Was du ihr sagst
12. Was zuerst?
13. Fazit
14. Quellen

Erstellt: 27. November 2026 · **Wirkstoff:** Retatrutide (LY3437943), in der Szene „Reta“ · **Status:** nicht zugelassen

Keine medizinische Beratung. Retatrutide ist ein investigatives Arzneimittel, kein Nahrungsergänzungsmittel. Die Entscheidung über eine Behandlung gehört zu Arzt/Ärztin und Patient.

Das Ergebnis in einem Satz

Retatrutide ist kein Teufelszeug, aber auch kein harmloses Peptid: Die Phase-3-Daten zeigen die stärkste Gewichtsabnahme, die je mit einem Medikament erreicht wurde — bis **−28,3 % in 80 Wochen** —, aber es ist **nicht zugelassen**, die Langzeitsicherheit ist offen, und für dich mit **100 kg auf 1,85 m (BMI 29,2)** ist es nicht die Zielgruppe der Studien (mittlerer BMI 40) und nicht der erste Schritt.

Der wichtigste Punkt: Ständiger Hunger ist ein **Symptom**, keine Diagnose. Erst Schlaf, Energiezufuhr, Protein, Training, Schilddrüse und Blutzucker prüfen — dann über Medikamente reden.

Kurzfassung

FRAGE	ANTWORT
Was ist Retatrutide?	Triple GIP/GLP-1/Glucagon-Agonist, einmal wöchentlich subkutan, von Eli Lilly.
Zugelassen?	**Nein.** Phase 3 abgeschlossen; FDA-Einreichung Q1 2027 geplant; EMA frühestens 2027.
Wie stark?	TRIUMPH-1: **−28,3 %** (12 mg, 80 Wochen); **−30,3 %** in der 104-Wochen-Extension.
Nebenwirkungen?	Vor allem GI, dosisabhängig; Abbruch 4,1/6,9/11,3 % vs 4,9 %.
Herz/Kreislauf?	Ruhepuls +5–10 bpm (Phase 2); MACE-5 HR 0,82 (0,55–1,22), MACE-3 HR 1,12 (0,64–1,96).
Muskel?	**35,4 %** des Gewichtsverlusts waren fettfreie Masse (Phase-2-DEXA, T2D).
WADA?	**S0** — nicht zugelassen, im Sport verboten.
Für dich?	**100 kg / 1,85 m = BMI 29,2**: Übergewicht, nicht Adipositas. Reta ist nicht zugelassen und nicht die Zielgruppe; erst Ernährung/Training/Arzt, dann ggf. zugelassene Optionen.

Was ist Retatrutide?

Retatrutide ist ein **einmal wöchentlich injizierter Triple-Agonist**: Es aktiviert gleichzeitig die Rezeptoren für **GIP**, **GLP-1** und **Glucagon**. GLP-1 und GIP dämpfen Appetit, verlangsamen die Magenentleerung und verbessern die Insulinsekretion; die Glucagon-Komponente erhöht den Energieverbrauch und die Fettoxidation — und treibt nebenbei die Herzfrequenz hoch.

- **Entwicklung:** Phase 2 (NEJM 2023) zeigte −24,2 % in 48 Wochen; das Phase-3-Programm **TRIUMPH** lief 2025–2026 und umfasst Adipositas, Typ-2-Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankung, Knie-Arthrose und

Schlafapnoe.

- **Dosis in den Studien:** Start 2 mg, Steigerung auf 4, 9 oder 12 mg alle vier Wochen. Das ist **keine Anwendungsempfehlung**.
- **Status:** In keinem Land zugelassen. Die FDA-Einreichung ist für Q1 2027 geplant; eine EMA-Zulassung ist frühestens 2027 zu erwarten.

Status und legale Wege

PUNKT	STAND
FDA	Nicht zugelassen; BLA für Q1 2027 angekündigt.
EMA / Deutschland	Nicht zugelassen, nicht verschreibbar; frühestens 2027.
Legale Wege	Klinische Studie oder Lillys enges Expanded-Access-Programm; keine Apotheke.
Graumarkt	„Research Peptide“ ohne Qualitätskontrolle; rechtliche und gesundheitliche Risiken.
WADA	S0 (nicht zugelassene Substanzen) — ganzjährig verboten.

Warum der Hunger ein Warnsignal ist

„Unnormaler Hunger, dauernd am Essen“ ist bei einem Kraftsportler oft **kein Zeichen für ein Medikament, sondern für zu wenig Energie, zu wenig Schlaf oder zu viel Trainingsvolumen**. Bevor man den Appetit mit einem Triple-Agonisten abschaltet, sollte man die Ursache kennen:

- **Energiedefizit:** Viel Krafttraining plus Alltag kann einen großen Bedarf erzeugen; der Körper fordert Nahrung.
- **Protein- und Ballaststoffmangel:** Wenig Protein, wenig Volumen, viele ultraverarbeitete Lebensmittel → schneller wieder hungrig.
- **Schlafmangel und Stress:** Erhöhen Ghrelin und Cortisol, senken Sättigung.
- **Medizinische Ursachen:** Schilddrüsenüberfunktion, Diabetes/Hypoglykämien, Medikamente, selten hypothalamische oder essstörungsbedingte Hyperphagie.
- **Binge-Eating-Muster:** Nicht mit Willenskraft verwechseln; Psychotherapie ist first-line.

Reta würde das Signal dämpfen, nicht die Ursache beheben. Wenn der Hunger ein Defizit-Signal ist, macht eine Appetitbremse den Defizit größer — mit Risiken für Regeneration, Hormone und Leistung.

Deine Ausgangslage: 100 kg bei 1,85 m

BMI 29,2 — das ist Übergewicht, knapp unter Adipositas Klasse I. Du bist damit **nicht** die Population der Phase-3-Studien: In TRIUMPH-1 lag der mittlere BMI bei **40,0**. Die Studien zeigen, was bei Adipositas passiert — nicht, was bei einem trainierten 100-kg-Mann mit BMI 29,2 passiert.

GEWICHT	BMI	EINORDNUNG
100 kg	**29,2**	aktuell: Übergewicht
95 kg	27,8	Übergewicht
90 kg	26,3	Übergewicht
85 kg	24,8	Normalbereich
80 kg	23,4	Normalbereich

Ein realistisches Ziel: 85–90 kg, also **10–15 kg weniger**. Bei 0,5–0,75 kg/Woche sind das etwa **5–7 Monate**. Das ist ohne Reta machbar — mit einem moderaten Defizit, ausreichend Protein und Krafttraining.

Wichtig: BMI überschätzt bei Kraftsportlern oft den Fettanteil. Entscheidend sind Taille, Körperfettanteil und Leistung, nicht nur die Zahl auf der Waage. Wenn du bei 100 kg sichtbare Bauchmuskeln hast, ist dein Ausgangspunkt ein anderer als bei 100 kg mit 30 % Körperfett.

Der Plan ohne Reta

BAUSTEIN	KONKRET
Defizit	300–500 kcal/Tag (0,25–0,5 kg/Woche) oder 500–750 kcal/Tag (0,5–0,75 kg/Woche); nicht mehr.
Protein	1,8–2,2 g/kg Zielgewicht, also ca. **150–200 g/Tag**.
Krafttraining	3–4×/Woche, progressive Überlast; Kraftwerte halten.
Alltag	8.000–10.000 Schritte; kein zusätzliches Cardio als Strafe.
Schlaf	7–9 h; Schlafmangel erhöht Hunger.
Monitoring	Gewicht 1×/Woche, Taille 1×/Monat, Kraftwerte alle 4 Wochen.
Arzt	Blutbild, Schilddrüse, Blutzucker, Testosteron; vorher.

Wenn nach 8–12 Wochen nichts passiert: Adhärenz prüfen (Tagebuch, Portionen, Snacks, Alkohol), Schlaf, Schilddrüse, Medikamente. Dann — und nur dann — mit einem Arzt über medikamentöse Unterstützung sprechen. Zugelassene Optionen sind Tirzepatid/Semaglutid bei BMI ≥30 oder ≥27 mit Komorbidität; **Reta ist nicht zugelassen**.

Die Evidenz: Phase 2 und Phase 3

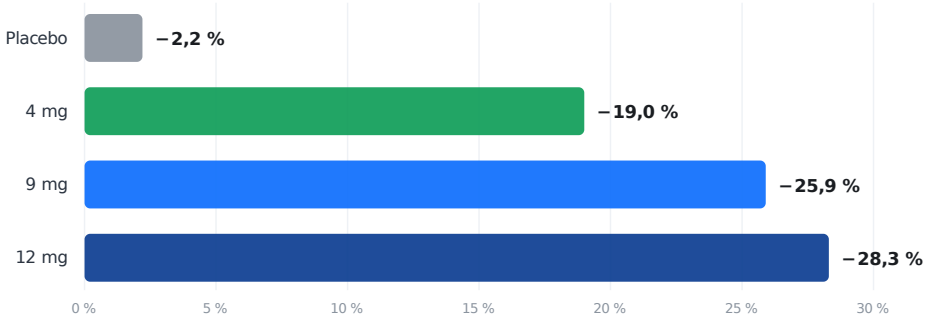
Die Datenlage ist für ein noch nicht zugelassenes Medikament ungewöhnlich stark. Die wichtigsten Ergebnisse:

STUDIE	POPULATION	DAUER	GEWICHTSABNAHME	WEITERE ERGEBNISSE
TRIUMPH-1	Adipositas, ohne Diabetes	80 Wochen	**−19,0 / −25,9 / −28,3 %** (4/9/12 mg)	45,3 % ≥30 %; 65,3 % BMI <30; 104 Wochen −30,3 %
TRIUMPH-2	Adipositas + Typ-2-Diabetes	80 Wochen	**−12,7 / −19,1 / −20,8 %**	HbA1c −1,4 / −1,6 / −1,5 %
TRIUMPH-3	Schwere Adipositas + kardiovaskuläre Erkrankung	80 Wochen	**−21,6 / −22,6 %** (9/12 mg)	MACE-5 HR 0,82; MACE-3 HR 1,12; Triglyceride −37 %, hs-CRP −51 %
TRIUMPH-4	Adipositas + Knie-Arthrose	68 Wochen	**−28,7 %** (12 mg)	Knieschmerz verbessert
TRIUMPH-OSA	Adipositas + Schlafapnoe	80 Wochen	—	AHI −36,1 Ereignisse/h (60,6 %)
TRANSCEND-T2D-1	Typ-2-Diabetes	—	−11,5 bis −16,8 %	HbA1c −1,7 bis −2,0 %

Wichtig: Die Studienpopulationen hatten Adipositas (BMI ≥30 oder ≥27 mit Komorbidität) — **nicht** schlanke Kraftsportler. Die Ergebnisse lassen sich nicht einfach auf einen trainierten Mann mit normalem BMI übertragen.

TRIUMPH-1: Gewichtsabnahme nach 80 Wochen

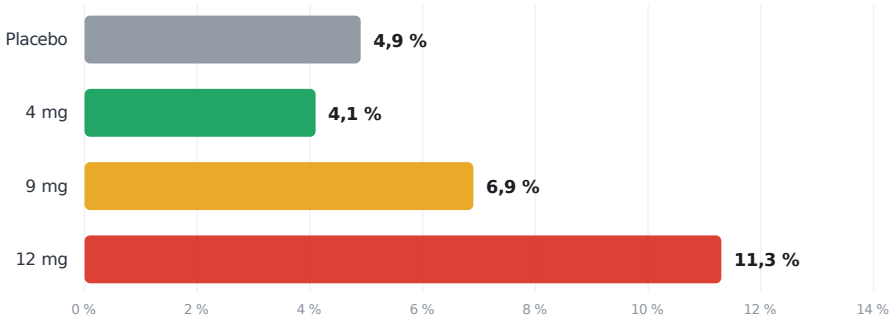
Mittlere Änderung des Körpergewichts bei 2.339 Erwachsenen mit Adipositas; 12 mg erreichte −30,3 % in der 104-Wochen-Extension.



Efficacy Estimand; die Publikation enthält keine Körperzusammensetzung. Placebo: −2,2 %.

Abbruch wegen Nebenwirkungen (TRIUMPH-1)

4 mg war verträglicher als Placebo; 12 mg hatte die höchste Abbruchrate.



Anteil der Teilnehmer, die wegen unerwünschter Ereignisse die Behandlung abbrachen; 80 Wochen.

Vorteile

VORTEIL	BELEG
Stärkste Gewichtsabnahme	−28,3 % (80 Wochen), −30,3 % (104 Wochen), 45,3 % ≥30 % (TRIUMPH-1).
Blutzucker	HbA1c −1,4 bis −1,6 % (TRIUMPH-2); TRANSCEND −1,7 bis −2,0 %.
Kardiometabolische Risikofaktoren	Triglyceride −37 %, non-HDL −16,5 %, systolischer RR −9,3 mmHg, hs-CRP −51 % (TRIUMPH-3).
Knie-Arthrose	TRIUMPH-4: weniger Knieschmerz.
Schlafapnoe	TRIUMPH-OSA: AHI −36,1/h (60,6 %).
Einmal wöchentlich	Subkutane Injektion; keine Operation.
Kein Steroid	Kein Muskelaufbau, kein klassisches Doping — aber WADA S0.

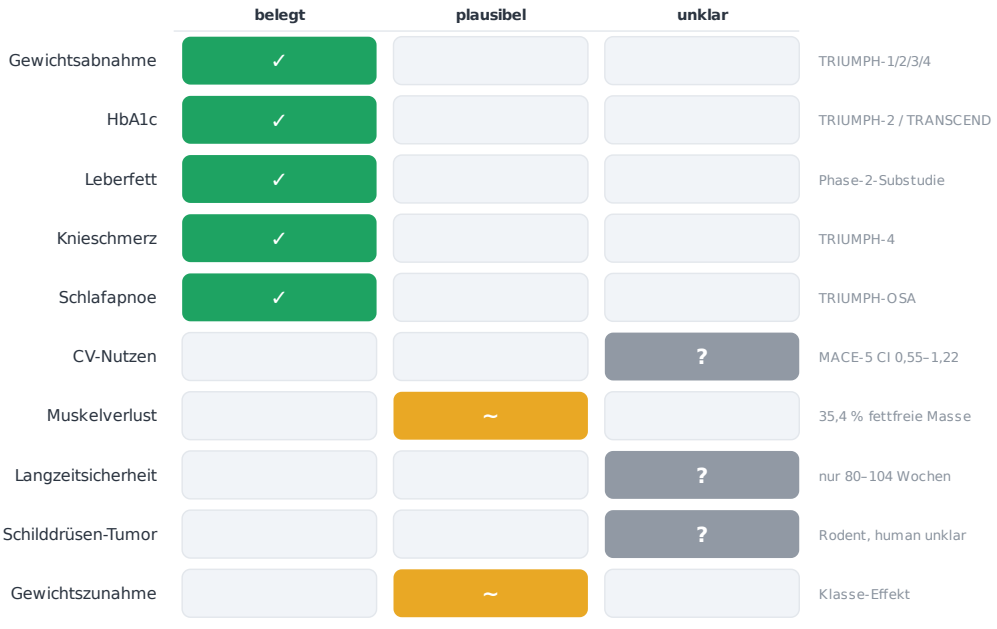
Risiken

RISIKO	HÄUFIGKEIT / BELEG	WAS TUN
Übelkeit	28,6 / 38,4 / 42,4 % vs 14,8 %	Langsam essen, fettarm, ärztlich abklären.
Durchfall	25,2 / 34,1 / 32,0 % vs 13,5 %	Hydration, Elektrolyte.
Verstopfung	23,8 / 25,9 / 26,1 % vs 10,9 %	Ballaststoffe, Wasser, Bewegung.
Erbrechen	10,6 / 22,8 / 25,3 % vs 4,8 %	Bei Dehydration ärztlich vorstellen.
Abbruch	4,1 / 6,9 / 11,3 % vs 4,9 %	Dosis individualisieren; 4 mg war verträglicher als Placebo.

RISIKO	HÄUFIGKEIT / BELEG	WAS TUN
Herzfrequenz	+5–10 bpm (Phase 2), Peak Woche 24	Ruhepuls monitorieren; bei Arrhythmie ärztlich.
Kardiovaskulärer Nutzen	MACE-5 HR 0,82 (0,55–1,22); MACE-3 HR 1,12 (0,64–1,96)	Kein bewiesener Nutzen; Langzeit offen.
Gallenblase / Pankreas	Klasse-Effekt; selten	Bei starken Bauchschmerzen sofort ärztlich.
Schilddrüse	C-Zell-Tumoren bei Nagetieren; Mensch unklar	MTC/MEN2 in der Familie ausschließen.
Muskelverlust	35,4 % fettfreie Masse (Phase-2-DEXA, T2D)	Krafttraining, Protein 1,6–2,2 g/kg, kein Crash-Defizit.
Gewichtszunahme nach Absetzen	Klasse-Effekt; erwartet	Langfristige Strategie statt „Kur“.
Graumarkt	Keine Qualitätskontrolle, Dosierungsfehler	Nur Studie/Verordnung, nie Research-Peptid.
WADA	S0	Im Wettkampf ganzjährig verboten.

Was ist belegt, was ist plausibel, was ist offen?

Zehn Aussagen zu Retatrutide im Evidenzcheck — Stand November 2026.



Evidenzstand November 2026; „belegt“ = Phase-3-/Peer-Review-Daten, „plausibel“ = konsistente Hinweise, „unklar“ = offen.

Was das für einen Kraftsportler bedeutet

Retatrutide ist ein **Adipositas-Medikament**, kein Muskelaufbau- oder Wettkampfpräparat. Für einen trainierten Mann mit normalem BMI ist der Nutzen klein und das Risiko groß.

CHECK	WARUM
BMI <25?	Reta ist für Adipositas; bei normalem BMI kein sinnvoller Einsatz.
Energiezufuhr	Isst du genug für dein Training? Hunger kann ein Defizit-Signal sein.
Protein	1,6–2,2 g/kg; schützt Muskelmasse bei Gewichtsverlust.
Schlaf	7–9 h; Schlafmangel erhöht Hunger und senkt Regeneration.
Schilddrüse/Blutzucker	TSH, HbA1c, Glukose; Ursachen ausschließen.
Essverhalten	Binge-Eating? Psychotherapie ist first-line.
Training	Volumen/Intensität prüfen; Deload; nicht mehr Cardio als Strafe.
Wettkampf	WADA S0; Reta ist verboten.

Die ehrliche Antwort: Wenn du ständig hungrig bist und viel trainierst, ist die wahrscheinlichste Lösung **mehr Essen, mehr Schlaf und eine bessere Nährstoffverteilung** — nicht ein experimenteller Triple-Agonist. Wenn du tatsächlich Adipositas hast, kann Reta nach Zulassung eine Option sein; dann aber mit Arzt, nicht mit einer Spritze aus dem Internet.

Die Sorgen der Freundin: berechtigt oder übertrieben?

SORGE	BEWERTUNG	FAKTEN
„Es ist ein Steroid“	**Falsch**	Kein Steroid; ein Peptidhormon. Aber WADA S0.
„Es ist nicht zugelassen“	**Richtig**	Kein Arzneimittel; Graumarkt ist riskant.
„Es macht Krebs“	**Übertrieben / unklar**	Schilddrüsen-C-Zell-Tumoren bei Nagetieren; beim Menschen nicht belegt; Klasse-Warnung.
„Es zerstört das Herz“	**Teilweise**	Ruhepuls +5–10 bpm; CV-Outcomes neutral; Langzeit offen.
„Du verlierst Muskeln“	**Berechtigt**	35,4 % fettfreie Masse möglich; Krafttraining + Protein mildern.
„Du nimmst alles wieder zu“	**Wahrscheinlich**	Klasse-Effekt; nach Absetzen ist Regain zu erwarten.
„Du bist zu dünn“	**Vielleicht**	Bei normalem BMI ist Reta nicht die Zielgruppe.
„Es ist illegal“	**Differenziert**	Nicht zugelassen; Studie/Verordnung legal; Graumarkt riskant.

SORGE	BEWERTUNG	FAKTEN
„Du brauchst das nicht“	**Oft richtig**	Erst Hunger-Ursache klären; Reta ist kein Lifestyle-Peptide.

Was du ihr sagen kannst

1. **„Es ist kein Steroid und kein Freizeit-Doping.“** Es ist ein investigatives Adipositas-Medikament; im Sport steht es auf S0.
2. **„Die Daten sind stark, aber nicht für mich gemacht.“** Die Studien liefen mit Adipositas-Patienten, nicht mit schlanken Kraftsportlern.
3. **„Ich kaufe nichts im Graumarkt.“** Kein Research-Peptid, keine Internet-Spritze; nur Arzt/Studie.
4. **„Ich mache erst einen Check.“** Blutbild, Schlaf, Ernährung, Training — bevor über Medikamente geredet wird.
5. **„Deine Sorgen sind berechtigt.“** Muskelverlust, Herzfrequenz, Langzeit und Regain sind echte Punkte, keine Panikmache.

Ein Bericht, der sie mit Schönfärberei überzeugen soll, wäre unseriös. Die ehrliche Version ist überzeugender: Reta ist stark, aber nicht harmlos — und für deine Situation wahrscheinlich der falsche Weg.

Was zuerst passieren sollte

1. **Arzt/Blutbild:** TSH, HbA1c, Nüchternglukose, Ferritin, Testosteron, Elektrolyte, Vitamin D.
2. **Ernährungs-Tagebuch:** 7 Tage; Energiezufuhr, Protein, Ballaststoffe, Mahlzeiten Timing.
3. **Schlaf:** 7–9 h; bei Schnarchen/Tagesmüdigkeit Schlafapnoe-Screening.
4. **Training:** Volumen und Intensität prüfen; Deload; keine zusätzliche Cardio-Strafe.
5. **Essverhalten:** Binge-Eating? Psychotherapie ist first-line, nicht Reta.
6. **BMI/Indikation:** Reta ist für BMI ≥30 oder ≥27 mit Komorbidität; bei normalem BMI nicht.
7. **Wenn Indikation:** Klinische Studie oder Arzt/Verordnung; kein Graumarkt.

Fazit

Reta ist nicht so schlimm, wie manche Schlagzeilen tun — aber nicht harmlos. Die Phase-3-Daten sind beeindruckend: −28,3 % in 80 Wochen, 45,3 % der Teilnehmer verloren ≥30 %, und 4 mg war verträglicher als Placebo. Die Nebenwirkungen sind meist gastrointestinal und dosisabhängig; die Abbruchraten bei 4 mg sind placebo-nah.

Die echten Risiken sind nicht die Übelkeit, sondern: die fehlende Zulassung, die offene Langzeitsicherheit, der Graumarkt, WADA S0, der Muskelverlust und die Gewichtszunahme nach dem Absetzen. Für einen schlanken Kraftsportler mit ständigem Hunger ist Reta kein Werkzeug, sondern eine Umgehung des eigentlichen Problems.

Für deine Zahlen: 100 kg bei 1,85 m sind BMI 29,2. Dein Ziel 85–90 kg ist realistisch — aber es ist ein Ernährungs- und Trainingsziel, kein Peptid-Ziel. **Die drei harten Regeln:** Erst die Hunger-Ursache klären, dann die Indikation prüfen, und niemals ein Research-Peptid selbst spritzen.

Quellen

Phase 2: Jastreboff AM, et al. Triple-Hormone-Receptor Agonist Retatrutide for Obesity — A Phase 2 Trial. N Engl J Med. 2023;389:514–526. DOI: 10.1056/NEJMoa2301972. 48 Wochen; −8,7 / −17,1 / −22,8 / −24,2 % vs −2,1 %; GI-Nebenwirkungen dosisabhängig; Ruhepuls-Anstieg mit Peak um Woche 24.

Phase 3: Lilly-Pressemitteilungen: TRIUMPH-1 (21.05.2026), TRIUMPH-2/-3 (23.07.2026), TRIUMPH-4 (11.12.2025), TRANSCEND-T2D-1 (19.03.2026); TRIUMPH-1: NEJM, 29.09.2026, DOI 10.1056/NEJMoa2604169; TRIUMPH-OSA: NEJM, 21.10.2026, DOI 10.1056/NEJMoa2611477. TRIUMPH-1: 80 Wochen, 2.339 Teilnehmer, −19,0/−25,9/−28,3 % vs −2,2 %, Abbruch 4,1/6,9/11,3 % vs 4,9 %; GI-AEs: Übelkeit 28,6/38,4/42,4 % vs 14,8 %, Durchfall 25,2/34,1/32,0 % vs 13,5 %, Verstopfung 23,8/25,9/26,1 % vs 10,9 %, Erbrechen 10,6/22,8/25,3 % vs 4,8 %.

Körperzusammensetzung: Retatrutide-DEXA-Substudie bei Typ-2-Diabetes, Lancet Diabetes & Endocrinology 2025: 35,4 % des Gewichtsverlusts waren fettfreie Masse; Fettmasse −26,1 % bei 8 mg; „similar to other obesity treatments“.

Status/Recht: FDA/EMA: nicht zugelassen (Stand November 2026); BLA Q1 2027 geplant; EMA frühestens 2027. Deutschland: nicht zugelassen, nicht verschreibbar. WADA Prohibited List, S0 (Non-Approved Substances): nicht zugelassene Substanzen sind ganzjährig verboten.

Sicherheit: TRIUMPH-3: MACE-5 HR 0,82 (95 % CI 0,55–1,22), MACE-3 HR 1,12 (0,64–1,96); CV-Risikofaktoren: Triglyceride −37 %, non-HDL −16,5 %, systolischer RR −9,3 mmHg, hs-CRP −51 %. Schilddrüsen-C-Zell-Tumoren: Nagetierdaten, Humanrelevanz unklar; MTC/MEN2 ausschließen. Gallenblase/Pankreas: Klasse-Effekt.

Hinweis: Preise, Zulassungsdaten und Studienstände sind Momentaufnahmen. Retatrutide ist kein zugelassenes Arzneimittel; die hier genannten Dosierungen sind Studienprotokolle, keine Anwendungsempfehlung. Bei gesundheitlichen Fragen Arzt/Ärztin konsultieren.

PDF: https://artifacts.alpayy.de/retatrutide-reta-peptid-risiken-vorteile.pdf

Recherche am 27.11.2026. Phase-2- und Phase-3-Daten, Status November 2026; 3 Graphen, 9 Tabellen. Keine Affiliate-Links.